**Variazione fornitore delle prestazioni integrative previste nell’ambito del progetto HCP 2022 – INPS- SDS Valdinievole**

*Periodo 01.10.2024/30.06.2025*

VARIAZIONE FORNITORE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ), in Via ,

C.F. Tel. Cell.

E-mail

In qualità di:

□Beneficiario □Familiare □Altro

del/la beneficiario/a nato/a a

il , residente a ( ), in via

C.F. Tel. Cell. E mail

Codice ID H.C.P.

Ai fini dell’erogazione delle prestazioni integrative previste nell’ambito del progetto HCP 2022

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di voler cambiare la Ditta/Professionista fornitrice delle prestazioni socio assistenziali integrative previste nell’ambito del progetto HCP2022

per il seguente motivo:

Luogo e Data Firma

***Allegare fotocopia di un documento d’identità in corso di validità***